

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

N<sup>o</sup>

371

# THÈSE

POUR

## LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le mardi 17 juillet 1900, à 1 heure*

PAR

**Mademoiselle Witolda-Clara RECHNIEWSKA**

*Née à Tiflis le 12 août 1862.*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

# Prolapsus de la Muqueuse uréthrale

## CHEZ LA FEMME

*Président : M. GUYON, professeur*

*Juges* { *MM. BERGER, professeur.*  
*QUÉNA ET ALBARRAN, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

---

PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

—  
1900



THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

# THÈSE

No 371

POUR

## LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le mardi 17 juillet 1900, à 1 heure*

PAR

**Mademoiselle Witolda-Clara RECHNIEWSKA**

*Née à Tiflis le 12 août 1862.*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

# Prolapsus de la Muqueuse uréthrale

## CHEZ LA FEMME

*Président : M. GUYON, professeur*

Juges { MM. BERGER, professeur.  
QUÉNA ET ALBARRAN, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

# FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen : M. BROUARDEL.

## Professeurs :

|                                                                         |                |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------|
| Anatomie . . . . .                                                      | MM. FARABEUF.  |
| Physiologie. . . . .                                                    | CH. RICHET.    |
| Physique médicale . . . . .                                             | GARIEL.        |
| Chimie organique et chimie minérale . . . . .                           | GAUTIER.       |
| Histoire naturelle médicale. . . . .                                    | BLANCHARD.     |
| Pathologie et thérapeutique générales. . . . .                          | BOUCHARD.      |
| Pathologie médicale . . . . .                                           | DEBOVE.        |
| Pathologie chirurgicale . . . . .                                       | HUTINEL.       |
| Anatomie pathologique . . . . .                                         | LANNELONGUE.   |
| Histologie . . . . .                                                    | CORNIL.        |
| Opérations et appareils . . . . .                                       | MATHIAS DUVAL. |
| Pharmacologie et matière médicale. . . . .                              | TERRIER.       |
| Thérapeutique . . . . .                                                 | POUCHET.       |
| Hygiène . . . . .                                                       | LANDOUZY.      |
| Médecine légale. . . . .                                                | PROUST.        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie . . . . .                    | BROUARDEL.     |
| Pathologie expérimentale et comparée. . . . .                           | BRISAUD.       |
|                                                                         | CHANTEMESSE.   |
| Clinique médicale . . . . .                                             | POTAIN.        |
|                                                                         | JACCOUD.       |
|                                                                         | HAYEM.         |
|                                                                         | DIEULAFOY.     |
|                                                                         | GRANCHER.      |
| Maladies des enfants . . . . .                                          | JOFFROY.       |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale . . . . . | FOURNIER.      |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.                        | RAYMOND.       |
| Clinique des maladies du système nerveux . . . . .                      | BERGER.        |
| Clinique chirurgicale. . . . .                                          | DUPLAY.        |
|                                                                         | LE DENTU.      |
|                                                                         | TILLAUX.       |
| Clinique ophtalmologique . . . . .                                      | PANAS.         |
| Clinique des maladies des voies urinaires . . . . .                     | GUYON.         |
| Clinique d'accouchements . . . . .                                      | BUDIN.         |
|                                                                         | PINARD.        |

## Agrégés en exercice :

| MM.           | MM.          | MM.       | MM.       |
|---------------|--------------|-----------|-----------|
| ACHARD        | DUPRE        | LEJARS    | THIERY    |
| ALBARRAN      | FAURE        | LEPAGE    | THIROLOIX |
| ANDRE         | GAUCHER      | MARFAN    | THOINOT   |
| BONNAIRE      | GILLES DE LA | MAUCLAIRE | VAQUEZ    |
| BROCA (AUG)   | TOURETTE     | MENETRIER | VARNIER   |
| BROCA (ANDRÉ) | HARTMANN     | MERY      | WALLICH   |
| CHARRIN       | HEIM         | ROGER     | WALTHER   |
| CHASSEVANT    | LANGLOIS     | SEBILEAU  | WIDAL     |
| DELBET        | LAUNOIS      | TEISSIER  | WURTZ     |
| DESGREZ       | LEGUEU       |           |           |

*Chef des Travaux anatomiques: M. RIEFFEL*

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PERE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYON

Professeur de Clinique des maladies des voies urinaires

Chirurgien de Necker

Membre de l'Institut

Membre de l'Académie de médecine

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DU  
**Prolapsus de la Muqueuse uréthrale**  
CHEZ LA FEMME

---

INTRODUCTION

Le hasard nous a permis d'observer un cas de prolapsus de la muqueuse uréthrale chez la femme, affection qui n'est presque pas décrite dans nos livres classiques ; aussi avons-nous eu l'idée d'examiner de près cette question.

M. le professeur Tillaux, en décrivant la structure de l'urèthre dans son *Traité d'anatomie topographique*, mentionne simplement la possibilité du glissement de la muqueuse uréthrale sur la musculuse et la production du prolapsus de cette muqueuse par le méat urinaire.

Dans le traité de gynécologie de MM. Labadie, Lagrave et Legueu, on trouve quelques pages consacrées à cette affection.

Certains auteurs en nient l'existence. D'autres, comme Bryaut, s'empressent de communiquer le seul cas qu'ils aient rencontré « parce qu'ils n'en ont jamais vu de semblable, » ou, comme Mossop, qui le considère comme tellement rare « qu'on ne doit en laisser passer aucun cas sans le relater. »

Cependant, en relevant dans la littérature médicale tous les cas de prolapsus de la muqueuse urétrale chez la femme, nous fûmes étonnée de voir qu'en réalité ces cas sont loin d'être aussi rares qu'on est porté à le croire.

Déjà, en 1891, Kleinwächter peut en réunir 100 cas ; après lui de nombreuses communications sont faites. — Deux thèses sont consacrées à ce sujet, dont la dernière, celle de M. Voillemin, en 1899, réunit 17 observations.

A ce chiffre, déjà considérable, nous pouvons ajouter encore 20 cas, publiés dans divers journaux français et étrangers, et une observation inédite, suivie de deux dessins, due à l'obligeance de M. Marion, chirurgien des Hôpitaux de Paris.

Nous n'avons point la prétention d'approfondir la question si peu étudiée encore, mais l'analyse attentive des observations nous a suggéré quelques idées, qui divergent un peu de celles émises par M. Voillemin dans sa thèse.

Ayant rencontré des idées analogues chez quelques auteurs dont la compétence est indiscutable, nous croyons qu'il n'est pas inutile de reprendre la question et nous adopterons le plan suivant : après quelques pages relatives à l'historique de la question, à l'anatomie normale de l'urèthre, brièvement résumée, nous exposerons les symptômes et l'évolution de l'affection ; nous analyserons les observations, celles de

M. Voillemin et celles que nous avons réunies, et nous en déduirons l'étiologie et la pathogénie ; quelques mots seront consacrés au diagnostic, au pronostic et au traitement.

A la fin nous ajoutons quelques observations inconnues de Kleinwächter et de M. Voillemin, dont une inédite due à l'obligeance de M. Marion. Les dessins qui accompagnent cette observation nous paraissent assez instructifs, d'autant plus que nous n'en avons rencontré nulle part.

Avant de commencer ce modeste travail, nous tenons à exprimer notre reconnaissance à M. le docteur Marion pour l'obligeance avec laquelle il a mis à notre disposition l'observation et les dessins.

Nous profitons de l'occasion pour exprimer nos plus sincères remerciements aux Maîtres qui nous ont guidée dans nos études médicales, chirurgicales et obstétricales.

Que M. le professeur Guyon veuille bien agréer l'expression de notre gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

¶ Nous adressons nos derniers remerciements aux malades qui peuplent les hôpitaux de Paris, qui supportent avec tant de patience nos examens, parfois, hélas, très pénibles pour eux, et qui, au prix de leurs souffrances, nous ont donné des moyens de soulager dans l'avenir les souffrances des autres.

## HISTORIQUE

Le prolapsus de la muqueuse uréthrale chez la femme dont on trouve déjà quelques observations éparses dans la littérature médicale du xviii<sup>e</sup> siècle (Solingen, Morgagni) n'a fait l'objet d'une étude spéciale que beaucoup plus tard. C'est en 1842 que Tavignot (1) le premier lui consacre un travail plus considérable dans lequel il arrive aux conclusions suivantes : « a) la condition prédisposante la plus générale paraît être la jeunesse ; b) une faiblesse générale préexiste chez un grand nombre de malades ; c) le traumatisme et l'inflammation de l'urèthre sont parfois la cause efficiente du prolapsus. »

Un laps de temps considérable sépare ce travail d'un autre ayant paru en 1891 et dû à Kleinwächter (2) qui a eu le mérite de recueillir presque toutes les observations publiées avant lui, de les analyser et d'éclairer ainsi leur étiologie, leur fréquence, leur mécanisme, pathogénie et traitement. Parmi les conclusions auxquelles il arrive, il faut signaler les suivantes :

(1) *Tavignot*, examinateur Médical, 1842.

(2) *Kleinwächter*, *Zeitschrift für Geburt. u. Gynäc.* ; 1891 ; p. 40.

a) L'étiologie du prolapsus est jusqu'ici peu connue — l'âge y paraît jouer un rôle considérable ;

b) Les enfants sont le plus souvent atteints, probablement à cause des rapports topographiques qu'affectent chez eux la vessie et l'urèthre ;

c) Après viennent les femmes à l'âge de la ménopause ; ce qui est probablement dû à l'involution sénile ;

d) Les femmes adultes, en pleine période d'activité génitale, sont le moins souvent atteintes, quoiqu'elles soient le plus exposées aux accidents paraissant causer le prolapsus.

*Simpson* (in *Edimburg medic. Journal*) reprend la question en 1893-1894. Puis vient le travail de *Blanc* dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires* de 1895. Ensuite celui de *Wohlgemuth* (1). Celui-ci n'admet pas le rôle des affections vésicales et de la faiblesse générale dans la production du prolapsus. Il cherche à mettre en relief une autre cause déterminante de l'affection qui est pour lui la *pression abdominale*, exagérée, qu'on rencontre chez des malades constipées, atteintes de toux chronique ou ayant fait un effort.

*Singer* (2), en 1898, enrichit la littérature de huit observations nouvelles. L'examen microscopique des prolapsus enlevés lui suggère une nouvelle idée pathogénique. Il croit que les modifications anatomo-pathologiques, infiltration embryonnaire de la couche sous-épithéliale et surtout la di-

(1) *Wohlgemuth*, Deuts. Med. Wochen., 1897, p. 717.

(2) *Singer*, Monatsschrift für Geburt und Gynaec., 1898, p. 373.

latation des capillaires, assez considérable pour aboutir à la formation de véritables angiomes, sont une des causes les plus importantes du prolapsus de la muqueuse uréthrale. Pour lui, il faut reconnaître deux conditions étiologiques :

a) L'existence des angiomes ;

b) L'affaiblissement général des tissus (enfant, femme à l'époque de la ménopause). Une cause occasionnelle quelconque déterminera dans ces conditions la production d'un prolapsus.

Si nous examinons maintenant la thèse du docteur Voillemin (1), nous arrivons à la conclusion qu'à côté des causes prédisposantes, telles que « la faiblesse générale des tissus, la dilatation de l'urèthre, l'involution sénile », il n'y a qu'une cause déterminante : « l'effort » (toux, constipation, dysurie). M. Voillemin ne paraît attribuer qu'un rôle insignifiant à l'inflammation de la muqueuse uréthrale. L'existence des angiomes, que l'examen des pièces anatomiques a révélée, n'attire nullement son attention. Or, ce point nous paraît jouer un rôle pathogénique considérable.

Nous nous efforcerons de le mettre en lumière.

(1) *Voillemin*, Thèse de Paris, 1899, p. 87.

## ANATOMIE DE L'URÈTHRE

L'urèthre de la femme, beaucoup plus grand que celui de l'homme, représente seulement les portions prostatique et membraneuse de ce dernier. Sa longueur est de 34 millimètres en moyenne.

Son *calibre*, beaucoup plus considérable que celui de l'homme, ne peut être évalué d'une manière précise : il a 7 à 8 millimètres de diamètre environ. Il est certain qu'il est susceptible de se dilater beaucoup et qu'on y peut introduire des pinces à l'aide desquelles on a extrait des calculs sans être obligé d'inciser l'urèthre.

Le calibre de l'urèthre n'est pas uniforme : rétréci au niveau du méat urinaire, il s'élargit ensuite graduellement jusqu'à 8 ou 10 millimètres de distance du col vésical où il se rétrécit de nouveau. L'urèthre de la femme se distingue en outre de celui de l'homme en ce qu'il n'est en communication qu'avec un seul réservoir, le réservoir de l'urine : il est donc exclusivement un canal urinaire au lieu d'être uro-génital.

*Direction.* — Dans son parcours du col de la vessie à la vulve, l'urèthre suit un trajet oblique de haut en bas et d'arrière en avant. De plus, il décrit une légère courbure à con-

cavité supérieure, courbure facilement variable à cause du peu de fixité du col vésical. Ainsi, quand la vessie se remplit ou que l'utérus augmenté de volume par le produit de la conception sort du petit bassin, la portion de l'urèthre avoisinant le col se fléchit de plus en plus et la courbure naturelle du canal augmente sensiblement. Cette courbure diminue et tend à se redresser dans le cas de la rétroversion utérine. Enfin, dans quelques cas rares, la courbure peut se faire en sens inverse; c'est là ce que l'on observe dans le cas d'une cystocèle vaginale (Richet).

*Rapports.* — Le corps de l'urèthre traversant l'aponévrose périnéale moyenne se trouve situé en partie dans l'excavation pelvienne, en partie dans le périnée antérieur. En arrière, il repose sur la paroi antérieure du vagin, qui forme comme une sorte de gaine érectile à laquelle Blandin donne le nom de *bulbe uréthral*. Plus il s'avance du côté de la vessie, plus l'urèthre tend à se séparer du vagin, et, au niveau du col vésical, il existe entre ces deux conduits un intervalle rempli par du tissu cellulaire et par des veines souvent flexueuses et variqueuses.

En avant et sur les côtés, l'urèthre répond successivement : 1<sup>o</sup> au plexus de Santorini, qui le sépare du pubis; 2<sup>o</sup> à l'aponévrose périnéale moyenne et au muscle transverse profond; 3<sup>o</sup> à l'angle de la symphyse, dont il est séparé par un intervalle de 12 à 15 millimètres; 4<sup>o</sup> enfin, à l'angle de réunion des racines du clitoris, à la partie antérieure du bulbe et au muscle constricteur du vagin.

*L'orifice supérieur* ou *col* répond à l'angle antérieur du

trigone vésical. Il est situé à 2 ou 5 centimètres en arrière de la symphyse pubienne.

*L'orifice intérieur ou méat* s'ouvre à la partie postérieure du vestibule, à deux centimètres en arrière du clitoris, en avant de l'entrée du vagin, dont il est séparé par un tubercule saillant connu sous le nom de *tubercule vaginal*. Le méat représente la partie la plus étroite et la moins dilatable du canal urétral. Sa forme est variable : il est tantôt disposé en fente longitudinale, tantôt arrondi ou plus ou moins étoilé, d'autre part il est superficiel et très apparent ou bien plus ou moins enfoncé dans la dépression de la muqueuse.

*Configuration interne.* Examiné à l'endoscope, l'urèthre présente, sur sa paroi inférieure, des plis longitudinaux formés par la muqueuse qui s'étendent jusqu'au trigone de Lieutaud ; sur sa partie antérieure, des plis transversaux qui forment avec les expansions des plis précédents une sorte de treillis ; les nombreuses lacunes ou cryptes et les glandes de Littre. Les cryptes, dont les bords saillants se dessinent nettement dans le champ de l'endoscope, présentent une analogie avec celles de l'urèthre de l'homme : deux ou trois d'entre elles plus volumineuses s'abouchent des deux côtés de l'orifice externe de l'urèthre. Cette image endoscopique est analogue à celle fournie par l'urèthre de l'homme. On trouve toujours à l'entrée de la vessie une crête saillante décrite par Barkord sous le nom de *colliculus cervicalis*.

La coloration de la muqueuse urétrale paraît d'un rouge plus vif que celle de l'urèthre de l'homme. On y distingue

facilement, surtout dans les cas où la muqueuse est un peu plus pâle, de riches réseaux vasculaires plus serrés au niveau des orifices.

*Structure de l'urèthre.* La paroi de l'urèthre est constituée par deux tuniques : une interne muqueuse et une externe musculieuse. La tunique vasculaire distincte n'existe pas chez la femme, mais les éléments de cette dernière se trouvent disséminés dans les deux couches précédentes. La muqueuse uréthrale est formée par un tissu conjonctif finement fibrillaire contenant un grand nombre de cellules et se disposant en saillies papillaires d'autant plus développées qu'on se rapproche davantage du méat urinaire. L'épithélium qui recouvre cette couche conjonctive est constitué, d'après les dernières recherches, par une seule couche de cellules cylindriques au-dessous desquelles on trouve une couche de cellules basales (Oberlaender (1), Stöhr (2)).

Dans l'épaisseur de la muqueuse on trouve des glandes tubulaires isolées, ramifiées, mais en petit nombre. Un petit groupe de glandes se trouve à l'orifice de l'urèthre.

La tunique musculaire est constituée par des fibres musculaires lisses qui sont disposées en deux plans : 1) un plan interne de fibres longitudinales qui fait suite à la couche plexiforme de la vessie ; 2) un plan externe de fibres circulaires qui continue de même les fibres circulaires du réservoir urinaire.

(1) « Lehrbuch der Urethroskopie. » Oberlaender.

(2) Stöhr, *Manuel technique d'Histologie*, deuxième édition française, page 266.

Ces deux plans sont séparés par une couche de tissu conjonctif riche en fibres élastiques. Les deux couches, surtout la couche longitudinale, contiennent de nombreux réseaux veineux qui donnent à la tunique musculaire tout entière un aspect des tissus caverneux. Cet appareil musculaire lisse de l'urèthre de la femme est renforcé par des fibres musculaires striées. Celles-ci enveloppent l'urèthre de la femme, comme celui de l'homme, et peuvent être considérées comme le sphincter externe de l'urèthre.

Abordons maintenant la question du degré d'adhérence de la muqueuse avec la couche musculieuse sous-jacente.

Il règne une divergence complète sur ce point parmi les auteurs. D'après Sappey, Tillaux, Testut, la muqueuse est doublée d'une couche de tissu cellulaire très lâche et glisse facilement sur la musculieuse; Follin et Duplay soutiennent au contraire que l'adhérence entre ces deux feuilles est telle que le glissement est impossible. Nous n'avons pas une compétence suffisante pour trancher ce différend purement anatomique. Cependant il nous est difficile d'accepter que le prolapsus de la muqueuse uréthrale soit tout préparé par la structure anatomique de l'urèthre, auquel cas il serait de beaucoup plus fréquent. Nous croyons au contraire que si l'adhérence entre la muqueuse et la musculieuse est assez lâche pour permettre le déplissement et l'élongation de la muqueuse dans les limites physiologiques, elle est encore trop intime pour que ces limites puissent être facilement dépassées.

Bref, tant que la structure de l'urèthre reste normale, une cause banale ne peut pas provoquer le prolapsus.

Nous savons que M. Blanc a fait des expériences sur le cadavre, qui l'ont amené à constater la laxité du tissu conjonctif unissant ces deux tuniques ; mais les expériences sur le cadavre ne prouvent rien dans ce cas, car les tissus ne sont plus normaux sur le cadavre. Nous reviendrons encore sur cette question à propos de l'étiologie.

## ANALYSE DES OBSERVATIONS

Avant d'aborder l'étiologie et la symptomatologie du prolapsus de la muqueuse uréthrale, voyons ce que nous disent les observations. Dans les 37 observations dont 17 sont réunies dans la thèse de M. Voillemin, 18 cas concernent les enfants de 5 à 11 ans; on peut les répartir en 4 groupes : 1<sup>er</sup> groupe : dans 7 cas il s'agit d'enfants atteints d'une maladie générale, soit de la tuberculose plus ou moins avancée, soit de troubles gastro-intestinaux (diarrhée, constipation opiniâtre), soit de rachitisme; les autres sont enfin en convalescence d'une maladie aiguë (fièvre palustre dans un cas). Le 2<sup>e</sup> groupe comprend 3 cas; l'état général du malade est assez satisfaisant, mais les enfants présentaient de l'inflammation des organes génito-urinaires; 3<sup>e</sup> groupe, 3 cas avec l'état général bon; 4<sup>e</sup> groupe, où les renseignements sur les antécédents des malades nous manquent. Notons que, dans la moitié de ces cas, il s'agissait d'enfants de paysans mal surveillés et chez qui une inflammation des organes génito-urinaires a pu passer facilement inaperçue. Si nous cherchons maintenant les premiers symptômes qui ont attiré l'attention de la malade ou de ses parents, nous voyons que, dans la grande majorité des cas, ce sont les signes fon-

tionnels. Dans 8 cas, la douleur à la miction, dans 6 cas les pertes sanguines et dans 5 cas seulement l'apparition de la tumeur a précédé toute manifestation fonctionnelle. Quant à celle-ci, la douleur à la miction et pendant la marche, les pertes sanguines sauf de rares exceptions sont constatées chez les enfants. Dans quelques cas, on note la fréquence de la miction.

Envisageons maintenant les cas de prolapsus de la muqueuse urétrale chez la femme adulte; nous trouvons 5 observations de femmes âgées de 18 à 39 ans. Dans 4 de ces cas, le même facteur étiologique intervient : l'inflammation des organes génito-urinaires. Une seule femme, âgée de 26 ans, tuberculeuse et anémique, présentait une déchirure du périnée, compliquée de cystocèle vaginale.

Le reste : 14 cas, concernent des femmes âgées de 48 ans jusqu'à 72 ans. Parmi ces 14 femmes, deux sont faibles, tuberculeuses, deux souffrent d'une constipation opiniâtre. Une seule est atteinte de cystite; quatre sont de grandes multipares. Les autres ne présentent que des signes de l'atrophie sénile des organes génito-urinaires. Les symptômes qui attirent l'attention de la malade sont toujours soit l'hémorrhagie plus abondante que chez les enfants, soit douleur à la miction. Enfin, le dernier point qui nous intéresse particulièrement est de connaître les résultats de l'examen histologique des tumeurs enlevées. Il a été pratiqué douze fois sur les 37 cas. Dans tous ces cas, l'aspect microscopique était le même : la surface libre de la tumeur couverte d'un épithélium normal; la couche sous-épithéliale présentant des cavités à

parois tantôt plus épaissies, tantôt plus minces, réduites à une seule couche endothéliale, remplies par place de coagulum sanguin. Il est facile de reconnaître dans ces descriptions un tissu qui se rapproche de l'angione.

## ETIOLOGIE. PATHOGÉNIE

Déjà, au commencement de notre travail, nous avons remarqué que le point le moins connu dans l'histoire du prolapsus, c'est son étiologie. Il n'y a qu'une donnée étiologique indiscutable, c'est *l'âge* des maladies. D'après la statistique de Voillemin, on trouve :

|                         |                |        |
|-------------------------|----------------|--------|
| de 1 à 15 ans . . . . . | 54 cas soit 60 | p. 100 |
| de 22 à 38. . . . .     | 11 cas — 12    | p. 100 |
| de 40 à 75. . . . .     | 25 cas — 27,77 | p. 100 |

Si nous examinons les 20 cas que nous avons trouvés dans la littérature, nous voyons que le prolapsus s'est développé :

|                      |        |
|----------------------|--------|
| de 1 à 15 . . . . .  | 6 fois |
| de 1 à 18 . . . . .  | 1 »    |
| de 22 à 38 . . . . . | 3 »    |
| de 40 à 75 . . . . . | 10 »   |

Ce qui fait :

|                          |                   |        |
|--------------------------|-------------------|--------|
| de 1 à 15 ans . . . . .  | 60 cas soit 54,54 | p. 100 |
| de 1 à 18 ans . . . . .  | 1 cas             |        |
| de 22 à 38 ans . . . . . | 14 cas — 12,72    | p. 100 |
| de 40 à 75 ans . . . . . | 35 cas — 31,81    | p. 100 |

C'est donc chez les enfants que l'affection se rencontre le plus souvent; les femmes âgées en sont fréquemment atteintes, mais l'affection est relativement rare à l'âge adulte. C'est ce qui explique pourquoi le prolapsus a sa place oubliée dans tous les traités de pathologie : les enfants ne préoccupant guère les gynécologues dont les traités ont surtout pour objet les femmes pendant et après la période génitale; d'autre part, les vieilles femmes se préoccupent moins de leur prolapsus et ne se soignent pas (Blanc) (1). Mais depuis que l'attention fut attirée sur cette question, les faits nouveaux apparaissent et aujourd'hui tous les traités nouveaux lui consacrent quelques mots. Le nombre des observations augmente rapidement; ainsi nous en trouvons 90 cas environ chez Kleinwächter en 1891, Kümmel en connaît déjà 115 à 120; Wohlgemuth, en 1898 en observe 127 à 132; Voillemin, en 1898, a recueilli 17 cas; en y ajoutant nos 20 cas, nous arrivons à un chiffre de 169 cas qui, sans être considérable, montre que l'affection est loin d'être aussi rare qu'on est porté à le croire.

Outre cette grande donnée étiologique, qu'est l'âge de la malade, les auteurs rapportent d'autres causes prédisposantes dont la valeur est discutable. Elles tiennent, soit à une faiblesse générale de tous les tissus, déterminée par la scrofule, le lymphatisme ou la cachexie, propre à certaines maladies infectieuses ou dyscrasiques, soit à des causes locales uréthrales et para-uréthrales : grossesse, accouchements répétés,

(1) *Blanc*, Prolapsus de la muqueuse uréthrale. Annales des maladies des organes génito-urinaires. Juin 1895.

dilatations de l'urèthre volontaires, accidentelles ou thérapeutiques, soit enfin cette laxité particulière du tissu conjonctif sous-muqueux, admise par certains auteurs. Enfin, sur cette prédisposition agiraient des causes occasionnelles mécaniques ou inflammatoires : effort, traumatisme, quinte de toux, affection des organes du petit bassin.

La pathogénie va nous arrêter plus longtemps. Pour l'éluider, nous nous permettrons de nous écarter un peu du sujet et de citer quelques mots de M. Broca, concernant la pathogénie du prolapsus du rectum.

La pathogénie de la chute du rectum peut se résumer en un mot, dit M. Broca : il y a une disproportion entre la solidité des moyens de fixité du rectum et l'importance des efforts subis par cet intestin ; « et plus loin : exagérez l'effort, diminuez la résistance ; et vous aurez des prolapsus ».

Ce que dit M. Broca sur le prolapsus du rectum s'applique aussi bien au prolapsus de la muqueuse uréthrale. Toute la question est là : diminuez la résistance et exagérez l'effort. Mais par quel mécanisme s'effectue la diminution de la résistance ; c'est ce que nous allons étudier.

Dans notre analyse des observations, nous nous sommes arrêtée sur l'état général et sur les affections concomitantes que présentaient les malades atteintes du prolapsus. Nous avons insisté sur ce fait que la plupart étaient atteintes, soit d'une maladie générale, soit d'une affection locale des organes génito-urinaires. On a beaucoup parlé de la toux, de la constipation, de la diarrhée, comme des facteurs principaux du prolapsus, agissant par les efforts auxquels ils exposent

les malades. Or, il nous semble que c'est une erreur de ne pas voir dans ces manifestations qu'un seul facteur : l'effort. L'enfant qui tousse est malade, il se nourrit mal, ses tissus sont en état de moindre résistance, sa tonicité musculaire est diminuée, les pannicules adipeux s'atrophient, le tissu conjonctif se relâche et une des conditions du prolapsus est réalisée. C'est alors seulement que l'effort intervient comme cause déterminante et sur le terrain préparé.

Les mêmes considérations sont applicables à la diarrhée et à la constipation chroniques qui n'agissent comme cause déterminante qu'après avoir préparé le terrain par les troubles de la nutrition dont ils sont la cause et l'effet.

Passons à l'autre catégorie de faits où l'état général des malades était bon, mais où existaient des lésions des organes génito-urinaires. L'action de ces affections est de même complexe : d'une part, elles agissent sur la muqueuse qui devient hyperémie, œdémateuse, hypertrophiée, moins adhérente aux tissus sous-jacents et dont le glissement devient ainsi plus facile, d'autre part le gonflement diminue le calibre de l'urèthre et crée un obstacle au passage de l'urine. Nous avons vu que le plus grand nombre des malades, avant de constater la présence d'une tumeur au niveau du méat, sont atteints des troubles génito-urinaires. Ce n'est qu'au prix d'efforts considérables qu'elles arrivent à vider leur vessie. Il est facile de comprendre que la pression répétée de la colonne de liquide sur la muqueuse tuméfiée achève son glissement et le prolapsus se trouve constitué. Un obstacle quelconque à l'écoulement de l'urine siégeant dans l'intérieur du

canal urétral (polype, calcul, corps étranger) agit par le même mécanisme.

Chez la femme âgée, un autre facteur intervient : c'est la multiparité et l'involution sénile. — Dans notre description anatomique, nous avons insisté sur les modifications que subit la courbure de l'urèthre, pendant la grossesse, tiraillé, traumatisé par l'utérus gravide. Ce canal partage le sort de tous les organes pelviens, il s'hypérémie, amenant ainsi du ténésme vésical et de la dysurie, manifestations assez fréquentes de cet état.

Or, si les grossesses sont multiples, si elles sont accompagnées d'un relâchement général du tissu conjonctif du petit bassin, le prolapsus de la muqueuse uréthrale est ainsi tout préparé.

Le deuxième facteur, la sénilité, joue un rôle considérable. On sait que le degré d'involution sénile n'est pas le même pour tous les tissus. Tandis que les tissus musculaire et élastique se rétractent considérablement et perdent leur élasticité, la muqueuse est à peine modifiée, dans une disproportion, entre les deux tuniques.

La constatation de l'angiome, dans presque tous les cas où l'examen histologique a été fait, soulève une nouvelle question. Pour Singer (1), l'angiome est primitif et constitue une des causes du prolapsus. Il reconnaît deux espèces de conditions étiologiques : 1) l'angiome, 2) l'affaiblissement des tissus. Une cause occasionnelle quelconque peut dans

(1) *Singer*. Monatscher, p. Geburtsh. Gyn. Berlin, 1898, viii.

ces conditions provoquer le prolapsus. Il est possible cependant que ces angiomes soient secondaires et que leur rôle se borne à l'augmentation de volume du prolapsus préexistant qui est passé, jusque-là, inaperçu. Dans l'état actuel de nos connaissances, il est impossible de trancher cette question. Ce sont les recherches ultérieures qui pourront la résoudre.

## SYMPTOMATOLOGIE. — EVOLUTION

En parcourant les observations de prolapsus, on est frappé par ce fait que ce sont surtout les symptômes fonctionnels qui dominent le tableau clinique et attirent l'attention de la malade : femme ou enfant.

Tantôt le début paraît brusque, c'est en pleine santé, sans aucune cause appréciable, que la malade est prise de douleurs violentes, d'une sensation de cuisson en urinant (obs. 1 et 2 de Singer). Tantôt le début est plus insidieux : la malade éprouve une gêne au moment de la marche qu'elle attribue « à la descente de la matrice » ; elle a une certaine difficulté pour uriner qui augmente progressivement. Parfois c'est une hémorrhagie qui devient le signe révélateur ; rarement elle est abondante, il s'agit plutôt d'un suintement sanguin comme dans l'observation de Singer, où quelques taches de sang sur la chemise de la petite fille attirent l'attention de sa mère deux mois avant qu'elle ne vienne consulter. D'autres fois encore, c'est par hasard que la malade ou le médecin s'aperçoivent de l'existence d'une tumeur à la vulve, tumeur qui ne l'incommode nullement.

Mais une tumeur, même reconnue par la malade, tant

qu'elle reste indolente, tant qu'elle ne la gêne pas, ne lui donne point l'idée d'aller consulter. Telle, par exemple, la malade de M. Bagot, qui depuis 2 ans reconnaissait l'existence d'une tumeur au niveau du méat urinaire, mais n'eut pas recours au médecin que lorsque des hémorrhagies abondantes nécessitèrent une intervention énergique.

C'est donc à une période avancée de l'affection que le médecin voit la malade. Il lui est difficile dans ces cas de préciser la date et la manière dont le prolapsus s'est développé. Les cas comme celui de M. Singer où le prolapsus s'est développé sous l'œil du médecin sont exceptionnels ; nous n'en connaissons pas d'autre exemple dans la littérature. Certains auteurs admettent volontiers le début brusque du prolapsus : il en serait toujours ainsi chez les enfants. Mais d'autres mettent en doute cette production brusque de l'affection ; M. Engstrom, cité par Sipilä (1), croit que, même chez les petites filles, le prolapsus se développe lentement et que c'est grâce à son évolution insidieuse qu'il passe souvent inaperçu. Ce n'est que plus tard, que la muqueuse prolabée, exposée aux traumatismes continuels, s'ulcère et devient douloureuse. Parfois c'est une toux convulsive, un grand effort, qui, en déterminant une stase veineuse, une tuméfaction de la muqueuse, exagèrent un prolapsus en voie de formation et permettent à l'enfant ou à la mère d'apercevoir l'anomalie vulvaire.

M. Peuch, qui partage la manière de voir de M. Engö-

(1) Sipilä, Finska Läkarsällskoperts. Handlingar, 1898 xi.

strom, après avoir exposé l'histoire de la petite malade, s'exprime ainsi : « Nous sommes néanmoins disposés à croire qu'antérieurement à cette époque (1 mois), le prolapsus était déjà constitué et que ce n'est qu'après une période d'état latente plus ou moins longue et seulement lorsque la tumeur eut acquis un certain volume, que ces symptômes prirent une intensité suffisante pour attirer l'attention de la malade. »

Le prolapsus peut être partiel au début, se développer ensuite lentement et progressivement pour devenir total (cas des femmes âgées) ; mais dans la majorité des cas, il est total d'emblée.

Une fois constitué, le prolapsus se manifeste par une série de symptômes fonctionnels plus ou moins pénibles qui, comme nous l'avons dit, sont les premiers à inquiéter la malade.

*Symptômes fonctionnels.* — La douleur, symptôme le moins constant d'après les auteurs (Blanc), fait le plus souvent défaut chez la femme âgée (Blanc). Souvent elle apparaît tardivement, quand la muqueuse est ulcérée et reconnaît pour cause le contact irritant des urines et les traumatismes fréquents auxquels la femme est exposée. Son intensité est très variable : réduite parfois à un simple picotement, à une sensation de cuisson légère, elle est dans certains cas tellement vive, qu'elle oblige la malade à s'aliter, car le moindre effort, le mouvement de la marche la rendent intolérable. Quelquefois elle se manifeste sous forme de véritables crises. Elle augmente d'intensité au

moment des règles et atteint le maximum d'acuité au moment de la miction. « Pour uriner, la femme prend des positions bizarres et variables ; elle s'accroupit, puis se relève, se penche en avant, écarte les jambes, mais rien ne diminue cette souffrance terrible ; malgré sa volonté, elle fait des efforts, prend appui sur un meuble, serre à les briser les dossiers des chaises. Puis, la miction terminée, la femme ne s'essuie plus, tant elle redoute de provoquer de nouvelles douleurs (Voillemin, p. 34). » La malade craint d'uriner, et ne se présente à la garde-robe que quand le besoin devient impérieux (Voillemin).

*La dysurie*, quand elle existe, est précoce ; chez la malade de M. Marion, elle existait depuis deux ans 1/2 comme premier symptôme de l'affection.

*La pollakiurie* est fréquente ; presque toutes les malades en souffrent.

*L'hémorrhagie* est le symptôme le plus constant et le plus redoutable du prolapsus. Parfois c'est un simple suintement sanguin, tachant à peine le linge ; parfois elles sont très abondantes (comme c'est le cas de la malade de M. Bagot, qui perdit environ un demi-litre de sang). Ces hémorrhagies sont quelquefois confondues avec des métrorrhagies.

Cet ensemble des symptômes attirent l'attention du médecin du côté de l'appareil urinaire.

Si maintenant, en pratiquant l'examen des organes génitaux externes, on écarte les grandes lèvres, on aperçoit sur la ligne médiane, immédiatement en arrière du clitoris, au niveau du méat urinaire une tumeur arrondie, parfois ovoïde à

base plus large que le sommet. Son volume varie depuis celui d'un pois, jusqu'à celui d'un œuf de poule, mais dans la majorité des cas il ne dépasse pas celui d'une noisette. Sa couleur varie avec le temps, rouge au début, elle devient violacée ou grisâtre plus tard. Dans le cas de prolapsus ancien on voit la surface de la tumeur prendre un aspect lisse et luisant, grâce à l'épidermisation de l'épithélium recouvrant la tumeur ; plus souvent cette surface présente des excoriations, des ulcérations, parfois même des plaques gangréneuses (obs. de Bagot). La tumeur est molle au toucher, très vasculaire et saigne au moindre contact.

Si l'on examine attentivement le pourtour de la tumeur avec un stylet, on constate que le stylet pénètre à la profondeur de quelques millimètres entre la tumeur et la paroi de l'urèthre, dans un sillon formé par la muqueuse réfléchie ; quand le prolapsus est complet, on peut faire le tour de la tumeur, et circonscrire ainsi son pédicule. Dans notre figure 2, la tumeur est attirée par une pince et on voit par transparence l'extrémité du stylet atteignant le fond du sillon. Ce qui attire l'attention, c'est que ce sillon est pour ainsi dire situé en dehors du canal de l'urèthre et qu'une sonde introduite par l'orifice de l'urèthre arrive dans la vessie sans rencontrer un obstacle sur son trajet. Il n'en est pas de même dans le cas d'un polype de l'urèthre. Donc, la présence d'un sillon autour d'une tumeur, sillon présentant tous les caractères que nous venons d'indiquer, constitue un signe pathognomonique du prolapsus et prouve en même temps que la muqueuse cède en un endroit éloigné du méat. Malheureusement son existence n'est pas constante.

Au centre ou vers la périphérie de la tumeur, il existe un orifice plus ou moins visible (v. fig. n° 2), quelquefois complètement caché par les replis de la muqueuse, mais il suffit d'inviter la malade à uriner pour le mettre en évidence. Une sonde introduite par cet orifice, pénètre dans la vessie, laquelle garde sa situation normale. Quelquefois l'orifice est assez large pour permettre l'introduction d'un doigt plus ou moins profondément (obs. de Linger et de Bagot).

La réduction du prolapsus n'est pas toujours possible ; il semble quelquefois réduit définitivement et se reproduit à l'occasion du moindre effort. — *Anatomie pathologique.* Nous ne nous arrêterons pas sur l'aspect microscopique du prolapsus de la muqueuse urétrale, suffisamment décrit au cours de ce chapitre. L'examen microscopique, pratiqué dans un grand nombre de cas, révèle des lésions presque identiques. Les coupes présentent généralement deux parties distinctes : 1° Une zone de tissu conjonctif sous-épithélial. Le revêtement épithélial subit une transformation en épithélium pavimenteux stratifié. La couche profonde sous-épithéliale présente des modifications plus profondes ; elle est constituée par un tissu conjonctif lamellaire plus dense et infiltré de cellules rondes, immédiatement au-dessous de la couche épithéliale, lâche et pauvre en cellules embryonnaires dans sa partie profonde.

Ce tissu conjonctif lâche est riche en vaisseaux sanguins dilatés, de diamètre très variable. A côté de ces vaisseaux à parois nettes on trouve de grandes cavités plus ou moins délimitées dont les parois sont parfois réduites à une seule

couche endothéliale. Ces cavités sont remplies de globules de sang et de fibrine. L'ensemble de ces lésions présente donc les caractères propres aux angiomes. C'est d'ailleurs ce diagnostic qui a été porté dans quelques cas.

## ÉVOLUTION

Le prolapsus abandonné à lui-même n'a aucune tendance à se réduire spontanément, le plus souvent il reste stationnaire. Parfois la tumeur s'accroît et atteint les dimensions d'un œuf de pigeon, et même plus considérable. La muqueuse subit des changements plus ou moins prononcés ; rarement elle s'épidermise par place, prend les caractères d'une couche cornée, souvent sa surface, d'abord rouge, puis violacée, se recouvre de plaques grisâtres, d'ulcérations saignantes au moindre attouchement. Dans un cas, plus rare heureusement, la tumeur exposée aux frottements et traumatismes continuels, s'enflamme, s'étrangle, devient, surtout chez les personnes malpropres, le siège d'une suppuration. La muqueuse prolapsée se présente alors sous forme d'une masse violacée, molle, baignée de pus mélangé de sang, exhalant une odeur excessivement fétide. Enfin, la gangrène peut envahir la tumeur en totalité. A cette période avancée de l'infection, la miction est excessivement douloureuse, la femme est constamment sous menace d'hémorrhagie plus ou moins abondante, et cette porte d'entrée, largement ouverte dans une région si infectée, expose la malade à la septicémie.

## DIAGNOSTIC

L'ensemble de signes physiques que nous venons de décrire est assez caractéristique pour que le diagnostic du prolapsus de la muqueuse uréthrale soit, en général, facile. Ce n'est qu'un examen superficiel qui fera commettre des erreurs de diagnostic dans le genre de celles rapportées par Broca où l'on avait soulevé l'hypothèse de viol. On ne prendra pas cependant la muqueuse prolabée pour le col de l'utérus abaissé ; il n'y a là qu'une analogie apparente, une légère attention montrera qu'il s'agit de l'orifice uréthral, et que le col de l'utérus garde sa place normale. Les tumeurs bénignes et malignes, qui prennent naissance, soit au pourtour de l'urèthre, soit dans le canal lui-même, de même que la cystocèle uréthrale et l'uréthrocèle, sont des affections qui prêtent le plus souvent aux erreurs de diagnostic.

Il est quelquefois difficile de distinguer une tumeur née dans l'urèthre, d'un prolapsus partiel à pédicule intra-cannulaire, les deux signes caractéristiques du prolapsus, l'orifice central conduisant dans la vessie, et le sillon au pourtour de la tumeur faisant défaut dans ces cas. Le cancer de l'urèthre se reconnaît à la marche envahissante, au début lent et insidieux, à ses caractères habituels d'une tumeur

ture, ligneuse, reposant sur une muqueuse indurée, à l'envahissement ganglionnaire, etc. Les tumeurs bénignes les plus fréquentes sont des végétations papillaires dont le type anatomique est variable : tantôt la tumeur a une base large et une surface lisse (caroncule), tantôt elle se recouvre de villosités et prend l'aspect et le nom de papillome ; si elle offre un pédicule, elle prend le nom de polype.

Tant que la tumeur reste intra-urétrale, sa croissance est lente, mais une fois sortie de l'urèthre, la masse décomprimée s'épanouit, s'accroît par pullulation papillaire de voisinage et élargissement de sa base ; elle peut alors border et masquer le méat formant un champignon exubérant, à surface inégale, multilobée et granuleuse, souvent suintante et exulcérée. Contrairement à l'opinion de Blanc, l'orifice de l'urèthre ne se trouve pas nécessairement au pourtour de la tumeur, comme dans le prolapsus, il peut être central, et nous avons observé un cas semblable dans le service de Duplay. C'est pourquoi la présence de l'orifice central conduisant dans la vessie ne nous paraît pas être un signe pathognomonique, comme on est porté à le considérer ; dans ces cas, le diagnostic se fera par l'aspect de la tumeur, par les végétations analogues sur les surfaces muqueuses avoisinantes, par l'envahissement de l'urèthre, allant quelquefois jusqu'au col vésical. — S'il s'agit d'un uréthrocèle, le diagnostic sera fait par les deux signes pathognomoniques de cette affection : 1) lorsqu'on presse sur la tumeur, on voit sortir par le méat urinaire une certaine quantité de pus et d'urine ; 2) une sonde courbée, insinuée sur la paroi inférieure de l'urèthre,

entre dans une véritable cavité diverticulaire où le bec de l'instrument peut être suivi par le doigt introduit dans le vagin. — Dans la cystocèle urétrale la tumeur est libre dans l'urèthre, sans orifice central ; le sillon circulaire qui existe dans ce cas, n'a pas de caractère propre à celui du prolapsus ; les troubles de la miction sont très prononcés, souvent même il y a rétention. Enfin, Richet, dans ses cliniques, a attiré l'attention sur les végétations hémorroïdales de l'urèthre de la femme. « Ces végétations hémorroïdales, dit M. Jorgue (1), nous paraissent exister réellement, et nous venons d'en observer un cas conforme à la description de Richet ; elles se combinent au prolapsus de la muqueuse, dont elles ne sont qu'une forme compliquée. La richesse du plexus veineux de la région explique bien ces formations qui vont parfois jusqu'à la production de véritables angiomes veineux. »

(1) *Jorgue*, Traité de chirurgie de Duplay et Reclus. — Tumeurs de l'urèthre et du méat chez la femme. Deuxième éd., p. 863.

## TRAITEMENT

Nous avons vu que le prolapsus de la muqueuse uréthrale n'est pas toujours une affection bénigne. Presque toujours il incommode la malade, souvent il se complique d'accidents graves et menaçants, hémorrhagie, infection. Le traitement de cette affection, bien que bénigne dans la plupart des cas, ne doit donc pas être négligé. Ce traitement peut être médical ou chirurgical.

Le traitement médical convient aux prolapsus récents de dimensions faibles, réduits à un simple ectropion de la muqueuse, par exemple, et même aux prolapsus plus considérables mais réductibles. Cette dernière condition (réductibilité et sa persistance) est la condition *sine qua non* du triomphe du traitement médical. C'est pourquoi, quand on se trouve en présence d'un prolapsus de la muqueuse uréthrale, la première chose à faire est de s'assurer de la réductibilité. Pour cela on place la malade dans la position de la taille périnéale, en exerçant une pression modérée sur la tumeur, soit avec un doigt, soit à l'aide d'un tampon d'ouate, en cherchant à faire rentrer la muqueuse prolabée.

Si ce procédé échoue, on peut encore tenter la réduction à l'aide d'une sonde introduite dans l'orifice urétral.

Si le traitement chirurgical est jugé nécessaire, mais que la malade refuse d'une manière absolue d'y avoir recours, il faudra, par des moyens médicaux, non pas guérir le prolapsus, mais dans une certaine mesure en atténuer les conséquences.

Ceux-ci consistent dans l'antisepsie rigoureuse de la région, dans l'emploi de lotions astringentes, de cautérisations au nitrate d'argent ou avec un autre caustique. Avec ces moyens on arrive à décongestionner la muqueuse, à diminuer le volume de la tumeur et même à la faire disparaître. On le complétera par un pansement compressif pour empêcher la récurrence du prolapsus. Le repos au lit, le traitement général, une bonne hygiène, peuvent amener la guérison complète.

Mais le traitement par excellence du prolapsus est le traitement chirurgical : il consiste dans l'ablation de la tumeur.

Trois méthodes ont été employées pour obtenir ces résultats :

1. *Ligature* de la muqueuse prolapsée sur une sonde de femme introduite dans le canal de l'urèthre. Ce procédé, délaissé actuellement, avait sa raison d'être à l'époque où, par défaut de l'antisepsie et des moyens d'hémostase, les chirurgiens redoutaient les opérations sanglantes.

2. *Destruction* au thermocautère ou avec l'anse galvanique, procédé de choix pour certains chirurgiens (Baker, Kerman, Räther, Simpson, Guillard, Thomes, Paquelin).

Elle a l'inconvénient de laisser parfois à sa suite un rétrécissement de l'urèthre.

3. *L'excision* au bistouri avec suture immédiate de la plaie a donné les meilleurs résultats. Kleimädchter, Broca,

Monod, Puech et autres croient qu'à l'heure actuelle, où l'infection n'est plus à redouter grâce à l'antisepsie, c'est à cette méthode qu'il faut donner la préférence. La suture soigneuse des lèvres de la muqueuse excisée met vite fin à l'hémorrhagie.

On obtient avec cette méthode une cicatrisation rapide et régulière et on évite les sténoses consécutives.

Mais quelques précautions sont à prendre pendant cette petite opération :

1° Ne pas tirer sur la muqueuse prolabée sous peine d'en trop réséquer.

2° Bien fixer la lèvre supérieure, car elle a tendance à remonter vers la vessie immédiatement après la section et on risquerait de ne plus pouvoir l'affronter exactement à la lèvre inférieure.

Le manuel opératoire diffère peu suivant les chirurgiens. M. Monod introduit la sonde dans la vessie et sur cette sonde il fait l'incision. Des pinces sur la muqueuse vulvaire saine lui servent de point de repère. L'application des pinces sur la lèvre supérieure de la muqueuse incisée assure l'hémostase.

Après l'opération, une sonde à demeure est maintenue pendant 3 jours.

M. Broca supprime le placement des pinces qui gênent dans un champ opératoire aussi restreint. Il fend la tumeur sur la ligne médiane supérieure et place immédiatement un fil de soie fin dans l'angle de l'incision, agit de même en

arrière et d'un coup de bistouri enlève ensuite les deux moitiés de la tumeur.

Les fils préalablement placés assurent l'hémostase. Ils lui permettent aussi bien d'éviter les deux écueils opératoires dont nous avons parlé plus haut.

A côté des opérations que nous venons de mentionner, nous citerons encore un procédé dont la description nous est donnée par M. Pucet que nous rapporterons ici textuellement, car, bien qu'elle soit peu connue, elle n'en présente pas moins une supériorité incontestable.

*Procédé opératoire :* 1° Transfixion de la tumeur au ras de son point d'implantation par deux fils dirigés suivant les deux axes de la tumeur et se croisant perpendiculairement au centre du canal urétral.

2° Excision au bistouri ou au ciseau de la tumeur un peu en avant des fils.

3° Formation de deux anses en attirant hors de l'urèthre la portion des fils qui le traverse.

4° Section en son milieu de chacune des deux anses donnant ainsi quatre fils qui se trouvent placés aux quatre points cardinaux de l'orifice urétral et qu'il suffit de lier pour atteindre l'affrontement des bords de la muqueuse.

En opérant ainsi, la mise en place des fils n'est point gênée par le sang qui s'écoule de la surface des sections. On assure la fixation des bords supérieurs de la muqueuse, tendant toujours à remonter vers la vessie. Enfin, guidé par les fils posés à la base même de la tumeur, on n'est point

exposé à réséquer plus qu'il ne convient de la muqueuse prolabée.

Cette petite opération, excision circulaire, donne des résultats excellents dans le cas où le calibre de l'urèthre est normal, mais il n'en est pas de même, si l'urèthre est dilaté.

L'excision circulaire seule ne suffit plus, le prolapsus se reproduisant facilement à travers l'orifice uréthral anormalement dilaté. C'est à un autre moyen qu'il faut alors s'adresser pour éviter les récidives.

Dans nos observations nous rencontrons trois cas : deux de Singer, un de Bagot, dans lesquels, outre l'excision circulaire on enlève un lambeau de la muqueuse de la paroi antérieure ou de la paroi postérieure de l'urèthre, comme le fait Bagot.

Les lèvres de la muqueuse suturées, on obtient une diminution du calibre du canal uréthral et la guérison est définitive.

Une description détaillée du procédé opératoire de ces auteurs accompagnant les observations que nous avons eu soin de reproduire exactement nous dispense d'y insister davantage.

## CONCLUSIONS

1. Le prolapsus de la muqueuse uréthrale chez la femme est une affection dont l'existence à l'heure actuelle ne peut plus être niée.

2. Tout en étant plus fréquent chez les enfants et les femmes âgées, le prolapsus de la muqueuse uréthrale n'épargne pas les femmes adultes.

3. A l'état physiologique il existe, entre le degré de fixité de la muqueuse uréthrale et la pression que supporte cette membrane, un équilibre qui s'oppose à la descente de la muqueuse hors du méat urinaire.

4. Pour que le prolapsus puisse se constituer, il est nécessaire que cet équilibre soit rompu, en ce sens que la pression l'emporte sur le degré de fixité.

5. Chez les enfants et les femmes adultes, cette disproportion est réalisée par des causes multiples : a) maladies générales, chroniques ou aiguës et leurs manifestations : toux, constipation, diarrhée ; b) l'inflammation des organes génito-urinaires, les corps étrangers et les tumeurs du conduit. Chez les femmes âgées, la multiparité et l'involution sénile sont des facteurs principaux.

6. La toux, la constipation et la diarrhée ne sont que des manifestations des maladies générales, par conséquent, tout

en agissant comme cause déterminante par l'effort, elles agissent en même temps par l'état particulier, qu'elles engendrent en préparant le terrain. Elles agissent donc à la fois comme causes prédisposantes et comme causes déterminantes.

7. Dans la pathogénie du prolapsus, deux conditions jouent le rôle principal :

a) L'affaiblissement des tissus.

b) L'existence d'un angiome sous-épithélial.

8. Le diagnostic de l'affection doit être basé sur l'ensemble des symptômes. Il n'y a qu'un signe pathognomonique : *l'existence d'un sillon*, mais celui-ci fait souvent défaut.

9. Le traitement médical peut amener la guérison dans les cas récents des prolapsus réductibles. Le même traitement doit être prescrit si la malade n'accepte pas l'opération.

10. Dans les cas de prolapsus irréductibles ou si la réduction ne se maintient pas, le traitement chirurgical peut seul en avoir raison.

Vu : Le Président de la thèse,

GUYON.

Vu :

Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

*Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,*

GRÉARD.

## OBSERVATIONS

---

### OBSERVATION I

Publiée par M. le Dr P. PUECH et M. PUIG AMETLER, dans Gazette des Hôpitaux, 1898, p. 1174.

Eugénie M..., âgée de dix ans, entre le 31 juillet 1898 dans le service de la clinique chirurgicale des enfants, dirigé par M. le professeur Estor, pour un mal de Pott lombaire, sans complication médullaire ni suppuration. Un corset de Sayre a été déjà appliqué.

A. H. — Le père est mort de tuberculose pulmonaire. La mère, affectée d'une luxation congénitale de la hanche, jouit d'une bonne santé. Des deux frères, l'un est mort à l'âge d'un mois, l'autre est bien portant.

A. P. — Rougeole à l'âge de quatre ans. Dans la première enfance, la maladie a présenté un prolapsus de la muqueuse rectale, aujourd'hui complètement disparu. Il y a deux ans environ, elle a été soignée pendant longtemps à la clinique médicale des enfants pour une uréthro-vulvite avec écoulement fétide et abondant.

M. A. — L'enfant pâle et maigre est d'apparence chétive. De-

puis un mois, elle se plaint de douleurs à la vulve et tache de sang sa chemise. Elle n'accuse pas de troubles de la miction. Le 25 août, l'enfant est soumise à l'examen de M. le professeur agrégé Puech.

En plaçant la petite malade dans la position de la taille périnéale, on aperçoit aussitôt, faisant saillie au-devant des petites lèvres et cachant l'orifice vaginal, une tumeur de forme ovale, dont le grand axe correspond à celui de la vulve, et dont le volume atteint celui d'une demi-noix. De couleur rouge foncé, la tumeur présente en son milieu un orifice très dilaté, au pourtour duquel la coloration est violacée, en certains points même noirâtre. Elle apparaît largement pédiculée au-dessous du clitoris ; dans le sillon qui la sépare de ce dernier organe se voient trois petits orifices diverticulaires, dans lesquels un fin stylet introduit est vite arrêté. En soulevant la tumeur en haut, vers le clitoris, on met à nu l'orifice vaginal bordé d'un hymen en croissant : un cathéter utérin pénétrant par cet orifice s'enfonce à 5 centimètres et demi. La tumeur, dont la consistance est un peu plus molle que celle du lobule du nez, est irréductible. On termine l'exploration par l'introduction d'une petite sonde de femme dans l'orifice dilaté qui occupe le centre de la tumeur, ce qui amène aussitôt l'écoulement d'une certaine quantité d'urine.

Le diagnostic de prolapsus de la muqueuse uréthrale s'imposait. En raison du volume de la tumeur et son irréductibilité, M. Puech se décide d'emblée pour l'excision, qui est pratiquée trois jours plus tard, pendant lesquels on a fait des lavages fréquents de la vulve et maintenu en permanence sur la tumeur des compresses trempées dans une solution antiseptique.

Après l'anesthésie à l'éther et aseptie soigneuse de la région génito-urinaire, la malade ayant été mise dans la position de la taille périnéale, l'opération fut exécutée le 29 août de la façon suivante : avec une aiguille droite, traversant à son point d'implantation, la tumeur légèrement tendue par une pince, un premier fil de soie est placé suivant une direction antéro-postérieure, parallèle au grand axe de la tumeur ; de la même façon, un second fil est conduit perpendiculairement au premier, à l'aide d'une aiguille traversant la tumeur suivant son petit axe.

L'intersection de deux fils disposés en croix à la base de la tumeur se trouve ainsi au centre du canal de l'urèthre. Un peu au-devant des fils, la tumeur est alors rapidement excisée au bistouri. Avec une pince on attire hors de l'urèthre la portion médiane de chacun des fils, ce qui détermine la formation de deux anses ; en sectionnant ces deux anses, on obtient quatre fils qui se trouvent placés aux quatre points cardinaux et qu'il ne reste plus qu'à lier pour bien affronter la lèvre supérieure à la lèvre inférieure de la muqueuse incisée. Comme un petit peu de sang s'écoule à la partie supérieure gauche, on place à ce point un cinquième point de suture. Une sonde à demeure est mise dans l'urèthre. Dans la journée, l'urine qui s'échappe de la sonde est légèrement teintée de sang. Le 30 août, l'urine sort claire. Pas de température. L'enfant ne se plaint que lorsqu'on touche à la sonde. Le 1<sup>er</sup> septembre, on supprime la sonde.

La miction s'opère facilement et sans douleur.

L'urine est claire.

Le 3 septembre les fils sont enlevés. Un petit point, où la réunion par première intention a manqué, est touché au nitrate

d'argent. Le 8 septembre, la guérison était complète. Quand, à la fin du mois, la fillette a quitté le service, vulve et méat urinaire avaient leur aspect normal.

## OBSERVATION II

D<sup>r</sup> SINGER. Monatschrift für Lebert. und Gyn., 1899, p. 373.

Femme mariée, de 26 ans. Père mort de la tuberculose. Rien dans les antécédents personnels ; réglée à 16 ans ; règles toujours régulières, abondantes, durant 3 à 4 jours ; deux grossesses normales ; troisième accouchement au forceps à cause du volume de l'enfant ; suites de couches normales, mais depuis le dernier accouchement se plaint de difficulté pour se baisser, c'est pourquoi elle vient consulter.

Pendant que la malade est à la clinique, on voit dans l'espace de 8 jours se développer un prolapsus de la muqueuse urétrale, d'abord partiel aux dépens de la paroi postérieure, puis total circulaire. *Examen* : Femme petite, maigre, anémique, à mauvaise nutrition. Poumon gauche présente des signes d'infiltration tuberculeuse ; paroi abdominale flasque et dépressible ; ancienne déchirure du périnée ; rectocèle. Vagin court ; col abaissé avec un orifice transversal ; l'utérus de volume normal en rétroversion légère ; rien du côté des annexes. Au-dessous du clitoris une tumeur rouge non douloureuse à la pression du volume d'une cerise présentant sur sa surface une ulcération ovale ; au centre de la tumeur on voit un orifice à travers lequel on pénètre avec une sonde dans la vessie. Urine claire, acide.

Réduction impossible. Intervention chirurgicale faite par Dr Kuaner : excision d'un segment ovalaire de la muqueuse prolabée de la paroi antérieure, comme dans le cas de colpographie antérieure ; réunion des bords de la plaie à l'aide de fils de soie ; ensuite résection d'un segment triangulaire de la paroi postérieure par une incision dépassant le bord inférieur de l'orifice de l'urèthre, comme dans la colpopérinéorrhaphie d'Hegar ; suture de la plaie. Durée de l'opération, 15 minutes. L'origine de l'urèthre se trouvait réduite jusqu'à un demi-centimètre de diamètre. Pas de sonde à demeure ; la malade urine spontanément le jour même de l'opération.

Les fils furent enlevés le 7<sup>e</sup> jour.

La malade quitte l'hôpital complètement guérie, elle revient 3 semaines après, et à l'examen on trouve l'orifice de l'urèthre absolument normal.

*Examen microscopique* de la tumeur démontre : épithélium normal, déprimé par place ; chorion formé par du tissu conjonctif œdémateux contient des espaces sanguins de dimensions variables, dont quelques-uns larges, à paroi mince, remplis de sang, arrivent jusqu'au sommet des papilles. Immédiatement au-dessous de l'épithélium, il existe une abondante infiltration embryonnaire. Les vaisseaux n'étant cependant pas très abondants, on pense plutôt à une inflammation qu'à un angiome.

OBSERVATION III

D<sup>r</sup> SINGER. Monatschrift für Geburt und Gyn., 1898, p. 373.

Femme âgée de 54 ans ; règles régulières jusqu'à il y a 9 ans, époque de la ménopause ; dix accouchements à terme, 3 avortements de 3 mois ; pas de maladies graves ; se plaint de constipation opiniâtre et de toux. Il y a 8 jours éprouva une sensation de brûlure en urinant : le médecin l'envoie à l'hôpital. Femme de bonne constitution, taille moyenne ; râles de bronchite aux poumons ; bruits du cœur, sourds et lents ; pouls irrégulier et faible, à l'examen des organes génitaux on trouve : vulve béante ; au-dessous du clitoris, tumeur molle, arrondie, du volume d'une noisette, pas douloureuse, saignant au moindre attouchement ; au milieu de la tumeur on voit un orifice, admettant le doigt à travers lequel la sonde pénètre dans la vessie. Urine légèrement trouble, ne contenant rien d'anormal, à réaction acide. La réduction de la tumeur n'est pas possible. Traitement chirurgical de même que dans le cas précédent.

A l'examen microscopique de la tumeur on trouve tous les caractères d'un angiome : l'épithélium est normal ; tissu conjonctif sous-épithélial plus dense que normalement dans ses couches superficielles ; lâche par ailleurs ; dans ses mailles se trouvent de nombreux espaces vasculaires, élargis, à parois minces, réduites quelquefois à la seule couche endothéliale ; ces espaces sont obstrués par un coagulum sanguin. Autour des vaisseaux,

surtout dans la couche sous-épithéliale, infiltration de petites cellules embryonnaires.

#### OBSERVATION IV

SINGER (in article sus-indiqué).

Fillette âgée de 11 ans, anémique. Depuis 6 semaines, douleurs cuisantes au moment de la miction.

A l'examen de la vulve on constate la présence d'un prolapsus de la muqueuse urétrale du volume d'un haricot, circulaire : l'orifice de l'urèthre est dilaté.

On fait une excision circulaire du prolapsus. Guérison au bout de 6 jours.

#### OBSERVATION V

SINGER (même article).

Enfant âgée de 8 ans.

Prolapsus circulaire du volume d'un pois. Premier symptôme qui attira l'attention de la mère de l'enfant fut, il y a deux mois, des taches de sang sur la chemise.

Traitement : excision circulaire du prolapsus. Guérison après quelques jours.

#### OBSERVATION VI

SINGER (même article).

Femme mariée, âgée de 48 ans, atteinte d'un prolapsus de la

muqueuse urétrale partiel, formé aux dépens de la muqueuse de la paroi inférieure. Traitée par attouchement au nitrate d'argent.

#### OBSERVATION VII

SINGER (article sus-indiqué).

Femme mariée, 67 ans ; neuf accouchements. Pertes blanches. Ténésme vésical que la malade attribue aux rapports sexuels. Examen : parois vaginales relâchées, prolapsus de la paroi antérieure du vagin. Prolapsus de la muqueuse de la paroi postérieure de l'urèthre du volume d'un pois. La malade refuse l'opération.

#### OBSERVATION VIII

SINGER (in article sus-indiqué).

Femme de 56 ans ; scoliostique, à nutrition défectueuse. N'a jamais eu d'enfants. Ménopause à 45 ans. Tuberculose pulmonaire — toux de date ancienne. Il y a 8 jours, sensations de ténésme et douleurs cuisantes en urinant. Examen : Vulve béante ; tumeur du volume d'une cerise, rouge, saigne légèrement, couverte d'un enduit purulent ; au-dessus de la tumeur on voit l'orifice de l'urèthre. Le prolapsus est enlevé à la cocaïne par une excision elliptique. La malade quitte l'hôpital 5 jours après l'opération. Il s'agit d'une tumeur sanguine, mais ce diagnostic anatomo-pathologique n'est pas certain.

OBSERVATION IX

SINGER (article sus-indiqué).

Jeune fille de 18 ans ; depuis deux jours présente des pertes blanches purulentes. On trouve à l'examen une vulvite aiguë et un prolapsus de la muqueuse uréthrale ; ce dernier est partiel, n'intéressant que la muqueuse de la paroi antérieure ; du volume d'un pois, il est rouge, douloureux et saigne légèrement. L'orifice de l'urèthre est très dilaté. On suppose comme origine un traumatisme ou un rapport sexuel que la malade nie cependant. La malade refuse toute opération. Application d'astringents ; diminution, mais non disparition du prolapsus.

NEUF OBSERVATIONS

SIPILA. — Finska lakacesallskapet Handlingar, 1898.

vol. XL, Helsingfors.

OBSERVATION X

Fillette de 10 ans, développée normalement, jouissant d'une bonne santé. Il y a 2 ans on remarque chez la malade une tumeur située tout près de l'orifice de l'urèthre, de couleur rouge et de consistance ferme. Cette tumeur, assez peu développée, présentant environ la grosseur d'un pois, a commencé à s'ac-

croître subitement depuis une semaine et à sécréter un liquide sanguinolent. En même temps l'enfant commence à souffrir pendant la miction qui devient fréquente.

#### OBSERVATION XI

Enfant âgée de 10 ans. Pâle, de constitution faible, présentant une cyphose de la colonne dorsale. Tousse souvent. L'enfant présente, au niveau de l'orifice urétral, une tumeur qu'on reconnaît être un prolapsus de la muqueuse de l'urèthre. Ce prolapsus s'est produit pendant la nuit, subitement, sans cause connue. L'examen microscopique de la tumeur démontre qu'il s'agit d'un angiome à structure type.

#### OBSERVATION XII

Femme âgée de 26 ans. Vulvite. Vaginite. Endométrite. Prolapsus de la muqueuse urétrale total.

#### OBSERVATION XIII

Femme âgée de 60 ans. Vaginite sénile. Prolapsus de la muqueuse urétrale circulaire.

#### OBSERVATION XIV

Femme âgée de 69 ans. Vaginite sénile. Atrophie sénile de l'utérus. Urine normale. Prolapsus circulaire de la muqueuse urétrale.

OBSERVATION XV

Femme âgée de 56 ans. Prolapsus circulaire de la muqueuse uréthrale.

OBSERVATION XVI

Femme de 70 ans. Prolapsus partiel de la muqueuse uréthrale.

OBSERVATION XVII

Femme âgée de 26 ans. Cystite avec incontinence d'urine. Prolapsus de la muqueuse uréthrale circulaire.

OBSERVATION XVIII

Femme de 57 ans. Prolapsus de la muqueuse uréthrale circulaire. L'examen microscopique de la tumeur démontre qu'il s'agit d'un angiome.

OBSERVATION XXI

Prise par M. le docteur PATTERSON, publiée par M. le docteur Masson. *Brit. Med. Journal*, 1898, II, p. 988.

Il s'agit d'une fillette âgée de 9 ans ; état général bon ; pas de constipation, pas de toux. Depuis trois semaines la miction est devenue plus fréquente et très douloureuse ; léger écoulement sanguin par la vulve. L'examen de la vulve démontre l'existence

d'une tumeur de volume d'une cerise, de consistance molle, de coloration rouge foncé, présentant un orifice au milieu, qui est l'orifice de l'urèthre. La tumeur est réductible, mais se forme aussitôt que le tampon d'ouate, maintenant la réduction, est enlevé. Urine normale, pas de cystite, ni de calculs. Les lotions astringentes administrées ont pour effet de diminuer le volume de la tumeur qui s'aplatit et se décongestionne. M. Massop excise la tumeur en enlevant une portion elliptique de chaque côté de la tumeur. Suites opératoires bonnes ; les mictions deviennent moins fréquentes et non douloureuses ; guérison complète 3 semaines après.

OBSERVATION XX

BACOT. *Med. News N. S.*, 1897, XX, p. 740.

S..., âgée de 50 ans, nullipare, la ménopause a eu lieu il y a 5 ans. Il y a 2 ans, la malade s'était aperçue de l'existence d'une tumeur, siégeant près de l'entrée de la vulve, mais sa présence n'incommodant point la malade, celle-ci ne songe pas à consulter un médecin. Depuis quelque temps, la miction est devenue très fréquente et s'accompagne d'une sensation de brûlure, persistant assez longtemps après la miction ; en même temps la malade présente des pertes sanguines abondantes (demi-litre), survenant à la suite du moindre effort, et un écoulement séro-sanguinolent constant, d'odeur forte et repoussante. Tous ces troubles fonctionnels amènent la malade à l'hôpital. A l'examen, on trouve une tumeur comblant l'orifice vulvaire ; son volume ne dépasse pas le volume d'une noix ; couleur rouge foncé. Au

centre on voit l'orifice de l'urèthre facilement dilatable et permettant l'introduction du doigt. A la partie postérieure de la tumeur, il existe une plaque gangréneuse.

*Intervention.* — Une incision circulaire fut faite au niveau de la base de la tumeur ; une autre incision, n'intéressant que la muqueuse seule, commence tout près de la première et monte le long de la paroi postérieure de l'urèthre dans l'axe longitudinal de l'urèthre, à la hauteur d'un centimètre. L'urèthre fut disséqué comme dans l'opération de Gersuny pour l'incontinence d'urine, presque jusqu'au col de la vessie. Un tiers environ de la paroi postérieure de la muqueuse uréthrale fut enlevé avec la tumeur. Le bord de la muqueuse attiré en bas est fixé extérieurement à l'aide de la soie ; fermeture de la plaie à l'aide de fils de soie ; sonde à demeure pendant 2 jours ; réunion complète au bout de 7 jours ; sortie de l'hôpital 2 semaines après l'opération.

*Examen microscopique* démontre l'existence d'un angiome.

#### OBSERVATION XXI

Inédite. Due à l'obligeance de M. MARION.

L... Sophie, âgée de 71 ans, entre le 14 mars 1900 à l'Hôtel-Dieu, dans le service du professeur Duplay, où elle occupe le n° 4 de la salle Notre-Dame. La raison qui fait entrer la malade est une gêne de la miction. Cette gêne date de deux ans et demi, augmente progressivement, consiste en une difficulté non douloureuse dans l'émission de l'urine nécessitant des efforts, lesquels se prolongent pendant toute la durée de la miction.

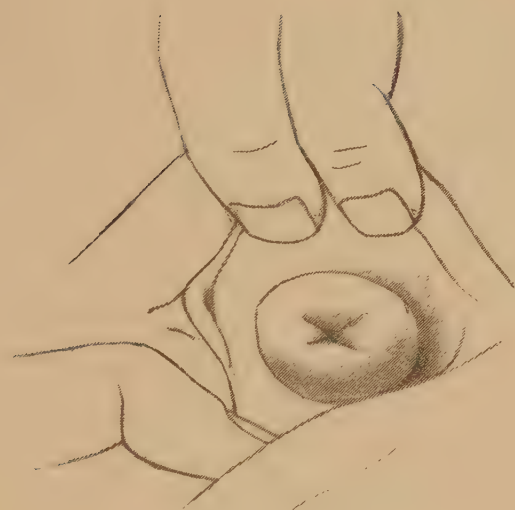


Fig. 1.

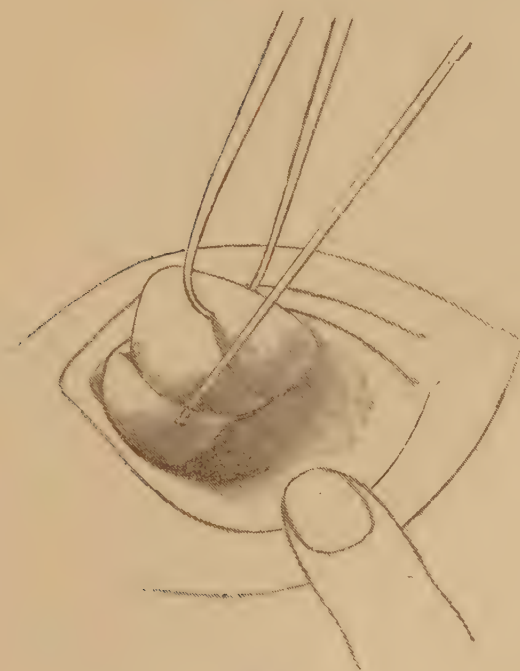


Fig. 2.



Depuis 6 mois la malade remarque à la partie antérieure de la vulve une tumeur augmentant peu à peu de volume et atteignant aujourd'hui le volume d'une noix. Par le toucher on la sent fixée à la partie antéro-supérieure de l'entrée du vagin et le doigt pénétrant en arrière d'elle peut reconnaître beaucoup plus loin le col de l'utérus. A la vulve il existe une tumeur violacée, ressemblant en certains endroits au col de l'utérus comme forme. Son centre est marqué d'un orifice, d'où partent quelques plis rayonnés. On peut faire le tour de la tumeur, sauf dans un endroit où elle fait corps avec la paroi.

Une sonde qui est facilement introduite dans l'orifice urétral pénètre dans la vessie et amène l'écoulement d'urine. D'autre part, en attirant la tumeur latéralement, on voit son pédicule circonscrit par une sorte de petit repli circulaire; entre lui et la tumeur on peut introduire un stylet dans un sillon de 2 à 3 millimètres de profondeur. La tumeur n'est pas douloureuse ni spontanément, ni à la pression.

D'après cet examen, il est évident qu'il s'agit d'une tumeur faisant issue par le méat et cette tumeur ne peut être que la muqueuse uréthrale prolabée. La femme n'a jamais eu antérieurement de cystite, ni d'affection de l'urèthre, ni aucune tumeur de ce canal.

Opération le 16 mars. La tumeur est fendue aux ciseaux en haut et en bas et divisée ainsi en deux lèvres; après avoir introduit une sonde à demeure, on sectionne chacune de ces lèvres. On finit l'opération par la pose des points de suture; l'écoulement de sang est insignifiant. La guérison est complète au dixième jour et la malade quitte l'hôpital le 6 avril.

## BIBLIOGRAPHIE

- BAGOT. — A note on the pathology of complete or annular prolaps. of the urethral mucous membr. in women. Med. News N.-J., 1897, XX (p. 740).
- BLANC. — Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1895.
- BLUM. — Archives générales de médecine, août 1877.
- BROCA. — Annales de gynécologie, mars 1876.
- BOYER. — Traité des maladies chirurgicales, 1831, t. VII.
- COURTY. — Maladies de l'utérus, 1866.
- CUZZI et RÉSINELLY. — Morgagni, décembre 1894.
- DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie, t. VII, 2<sup>me</sup> édition.
- DUPLAY. — Un cas de l'uréthrocèle vaginal. Semaine médicale, 1899, XIV, p. 33.
- FOLLIN et DUPLAY. — Pathologie externe, tome VII.
- GARNIER-MOUTON. — Thèse de Paris, 1876.
- GUERSANT. — Bulletin de Thérapeutique, 1866.
- GUILINI. — Münchener medic. Wochenschrift, 1894, n° 33.
- HOLLANDER. — Berliner Klinische Wochenschrift, 1896, n° 8.
- KLEINWUCHTER. — Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynöckologie, 1891.

KUMMEL. — Vortrag in der Geburtsthülffischen Gesellschaft zu Hamburg, février 1894.

LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. — Traité de gynécologie. Paris, 1898.

MORGAGNI. — Lettres L, n° 51 ; LVI, n° 21 ; LXX, n° 10.

MOSSOP. — Brit. Med. Journal, 1898, II, p. 988.

PATRON. — Archives générales de médecine, 1857, n° 111.

POURTIER. — Thèse de Paris, 1896.

PUECH. — Semaine gynécol. Par., 1898, III, p. 396.

SERNIN. — Bulletin de Thérapeutique, 1843.

SÉGUIN. — Bibliothèque médicale, 1820, vol. 68.

SÖDERMACK. — The fall of prolapsus urethræ feminalis. Hygica Stockholm, 1889.

SAVONEVSKY. — Meditzinskoje obozrenje, janvier 1897 et Presse médicale du 27 mars 1897.

SCHOLTZ. — Centralblatt für chirurgie, 1898, p. 259.

SIPILA. — Finska Lakaresallskapets Handlingar, 1898, XL.

SINGER. — Monatschr. f. Geburtsh. Gyneck. Berlin, 1898, VIII, p. 373.

VILLAR. — France médicale, 1888.

WOHLGEMUTH. — Deutsch medic. Wochenschr. 1897, p. 717.

VOILLEMIN. — Thèse de Paris, 1899, n° 435.





